

# A moda das dietas e suas repercussões no comportamento alimentar das mulheres

*Rosemary Jane Monteiro de Carvalho*<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este artigo tem por objetivo chamar a atenção para a prática indiscriminada de dietas de emagrecimento associada à busca por rígidos padrões de beleza e o aumento vertiginoso dos transtornos do comportamento alimentar entre as mulheres na nossa sociedade. Este estudo foi desenvolvido tendo como base revisão bibliográfica sobre o tema dos transtornos do comportamento alimentar. Apresenta-se um quadro geral sobre as doenças que compõem esse transtorno (anorexia, bulimia e transtorno compulsivo alimentar periódico), com informações sobre a gravidade dessas doenças, conceitos básicos e paralelo entre a incidência dessas doenças e a prática inadequada de dietas para emagrecimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** transtorno do comportamento alimentar, anorexia, bulimia e dieta.

**ÁREA:** Saúde.

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciências; Professora do curso de Nutrição da UNIAMÉRICA  
[rosecarvalho@cybermais.net](mailto:rosecarvalho@cybermais.net); [rosemariycarvalho@uniamerica.br](mailto:rosemariycarvalho@uniamerica.br)

## INTRODUÇÃO

Este artigo trata de uma questão que tem ocupado de forma premente o cotidiano feminino, não só das mulheres brasileiras, mas da mulher ocidental moderna: a preocupação em manter um corpo magro e para isso fazer dieta.

A exagerada preocupação com a forma corporal que hoje se verifica vem provocando o incremento de toda uma gama de novas doenças reconhecidas como transtornos do comportamento alimentar (TCA), destacando-se a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica, este último referente à modalidade transtornos alimentares não especificados segundo a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quarta edição, 1995 (DSM IV, 1995).

Devido à maior valorização da aparência física e, em consequência, a verdadeira obsessão que, principalmente, as mulheres têm desenvolvido com relação às dietas e a magreza, verifica-se um significativo aumento da doença nos dias de hoje, pois os especialistas afirmam que as dietas rigorosas desempenham papel fundamental (embora não seja o único) no desencadeamento dos transtornos do comportamento alimentar (ANDRADE, 2000; SBPC, 1993).

O enfoque desse artigo volta-se prioritariamente ao papel da prática indiscriminada das dietas e suas repercussões no comportamento alimentar das mulheres. O presente estudo foi desenvolvido tendo como base revisão bibliográfica sobre o tema dos Transtornos do Comportamento Alimentar. É apresentado um quadro geral sobre a doença, enfocando sua relação com a inadequada prática de dietas para emagrecimento.

## **1. TRANSTORNO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

### **1.1. Dados epidemiológicos dos transtornos do comportamento alimentar**

Sabe-se que hoje 32% da população brasileira apresenta algum grau de sobrepeso (BRASIL, 2007). Sobrepeso e obesidade podem ter consequências graves para a saúde, podendo acarretar e/ou estar associados a uma série de enfermidades, dentre elas a diabetes, as dislipidemias, hipertensão arterial, distúrbios cardiovasculares, dores e doenças nas articulações, entre outras. Muito se tem estudado e divulgado sobre os efeitos do excesso de peso na saúde (CUPPARI, 2002; MATOS; BAHIA, 1998; SCARSELLA; DESPRÉS, 2003), porém, o mesmo não se verifica com relação ao efeito da adoção indiscriminada de dietas restritivas e do quão arriscada essa prática pode ser. Embora originalmente o termo dieta tenha o significado de hábitos de alimentação, nos dias de hoje é quase sinônimo de privação de alimentos.

A vergonha que alguns pacientes sentem em expressar seus sintomas, e mesmo o desconhecimento de que tais sintomas representam alguma doença, colabora com a ausência de informações mais precisas sobre a incidência dos TCAs. Sabe-se, porém, que mais de 90% dos casos ocorrem com as mulheres (AMORIM, 2001; ANDRADE, 2000; CORDAS, 2001; HERSCOVICI, 1997; HERSCOVICI; BAY, 1997; SBPC, 1993).

Segundo Herscovici (1997), os TCAs afetam entre 1 e 4% das adolescentes e mulheres adultas jovens. A situação é preocupante, uma vez que “cada um de nós conhece pelo menos uma pessoa que padece de anorexia nervosa, bulimia nervosa ou algum transtorno alimentar não especificado” (HERSCOVICI, 1997, p. 19).

No trabalho realizado por Casotti (2000), a partir de entrevistas na cidade do Rio de Janeiro, com 29 mulheres de diferentes segmentos da sociedade, constatou-se que essas mulheres reconhecem que a alimentação é importante para a saúde

e pode evitar doenças. Porém, mostraram-se inseguras e com muitas dúvidas quando solicitadas a citar as doenças e o tipo de alimentos que podem causá-las. Uma das entrevistadas lembrou que não só os alimentos causam doenças, mas a falta deles também “desnutrição é uma doença da miséria e da falta de comida” (CASOTTI, 2000, p. 154). No entanto, doenças como obesidade, anorexia e a bulimia não foram lembradas por nenhuma das mulheres estudadas por Casotti.

Cordas (2001), com base em dados epidemiológicos recentes indica que a anorexia nervosa afeta 0,5% das mulheres, a bulimia nervosa de 1% a 2%, e o transtorno do comer compulsivo está presente em 2% a 3% da população em geral, representando quase 30% dos obesos em tratamento.

Os dados apresentados até o momento sugerem que os TCAs transcendem hoje um quadro clínico de importância apenas individual, configurando-se como questão emergente para Saúde Pública (ANDRADE, 2000; TEIXEIRA, 2003).

Em outros países a situação também é bastante grave. Segundo dados da Associação de Bulimia e Anorexia dos EUA, naquele país existe um milhão de pessoas com transtornos do comportamento alimentar, e dessas, 150.000 mulheres morrem a cada ano em função da anorexia nervosa.

Na Espanha e na Inglaterra os casos de anorexia nervosa tornaram-se um problema social de grandes proporções, e a Suíça e a Holanda também enfrentam o aumento da prevalência dos TCAs especialmente na população feminina (AMORIM, 2001).

No Brasil em estudo de base populacional realizado por Nunes et al. (2001) na cidade de Porto Alegre, foram investigadas a prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em 513 mulheres adolescentes e adultas jovens de 12 a 29 anos. Os resultados são apresentados no quadro abaixo:

30,2% dessas mulheres apresentaram comportamento de risco para desenvolver um TCA;

11,3% apresentaram comportamento alimentar patológico, correspondendo a quadro subclínico de desordem da conduta alimentar, os quais se enquadram nos critérios diagnósticos para Transtornos Alimentares não específicos;

8,5% fazem uso de laxantes.

Em trabalho publicado em 2001, Nunes et al. informa que:

Existem consideráveis evidências de estudos longitudinais que apontam a progressão de comportamentos alimentares anormais de leve intensidade para comportamentos de severa intensidade. Outros estudos mostram prevalência de 14% a 46% na progressão de síndromes parciais para síndromes completas (p. 8).

Em sua origem, a doença ocorria prioritariamente com mulheres das classes média e alta, de raça branca. Pois elas valorizam a magreza, seja devido a condições profissionais, como é o caso das modelos, bailarinas e atletas, ou ainda por simplesmente associarem a beleza à magreza, característica das atuais sociedades modernas. Percebe-se hoje um incremento da doença em mulheres das classes menos favorecidas, e a grande divulgação pela *mídia* de um padrão corporal magro tem favorecido a disseminação desses valores. Pode-se afirmar, portanto, que é um processo que teve início nas elites e vem se propagando pelas classes sociais mais desfavorecidas. Observa-se hoje que o desejo de ser magra espalhou-se entre mulheres de todas as classes sociais (AMORIM, 2001; ANDRADE, 2000; CASOTTI, 2000).

O aumento do interesse pelo estudo dos Transtornos do Comportamento Alimentar é fato relativamente recente. Embora alguns transtornos já tenham sido descritos clinicamente há tempos – como é o caso da anorexia nervosa (descrita por Richard Morton em 1694) –, somente a partir dos anos 60, com a ocorrência da doença em pessoas famosas, vem crescendo o interesse científico

pela doença e os TCAs ganharam alguma atenção por parte de cientistas e mesmo do público em geral.

As consequências dos TCAs podem ser realmente graves, pois em um de cada 10 casos ocorre morte por desnutrição, parada cardíaca ou suicídio (SBPC, 1993).

Os portadores de anorexia e bulimia são resistentes a tratamento e a anorexia nervosa apresenta índice de letalidade que pode alcançar 20% dos casos (ANDRADE, 2000).

A anorexia nervosa em geral acarreta uma série de complicações orgânicas tais como: queda de cabelo, hipotensão arterial, intolerância ao frio, anemia, problemas renais, indução da osteoporose severa em idade precoce – a grande maioria delas causadas pela desnutrição –, além de provocar complicações emocionais como a depressão, tristeza e desânimo.

Os pacientes com transtornos alimentares costumam ocultar seus comportamentos anormais por vergonha e por medo de serem impedidos de alcançar seus objetivos. Essas pessoas, geralmente, passam por vários especialistas (ginecologistas, endocrinologistas, nutricionistas, clínicos) antes de chegarem aos psiquiatras e psicólogos que, muitas vezes, não conseguem diagnosticar a doença (HERSCOVISCI, 1997; HERSCOVICI; BAY, 1997).

Por outro lado, salientam Herscovici e Bay (1997) “igualmente arriscado é ficar fascinado pelo quadro e diagnosticar com rapidez” (p. 48). Na verdade existe um grande despreparo dos próprios profissionais da saúde para lidarem com os TCAs. “Os transtornos da alimentação são relativamente recentes e às vezes não são detectáveis por observador não treinado” (HERSCOVICI, 1997, p. xi).

## 1.2. Características da doença

Os TCAs são doenças de base afetivo-emocional que levam a alterações do comportamento alimentar que podem causar complicações clínicas, tais como obesidade ou desnutrição. O fato é que essas doenças acarretam um completo desequilíbrio da função biológica da nutrição (DSM IV, 1995).

Pessoas que passam fome intencionalmente sofrem de **anorexia nervosa**.

Essa doença produz extrema perda de peso, até 15% abaixo do peso normal.

São pessoas com perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma corporal, pois têm plena convicção de que estão com excesso de peso mesmo estando extremamente emagrecidas.

Apresentam amenorréia, isto é, ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos. São pessoas obcecadas por dietas e alimentos.

Desenvolvem estranhos rituais alimentares, como por exemplo, medir com extrema precisão os líquidos que irão ingerir, cortar alimentos sólidos em pedaços minúsculos, ou recusa em comer na companhia de outras pessoas.

Fazem exercício físico compulsivamente, chegando em alguns casos ao desmaio por fraqueza.

Na anorexia nervosa de subtipo purgativo o paciente envolve-se regularmente em comportamento purgativo (provocar o vômito, fazer uso de laxantes e/ou diuréticos) como acontece com as bulímicas, porém o que diferencia um caso de outro é que as anoréxicas apresentam peso bem abaixo do normal enquanto as bulímicas apresentam peso normal ou leve sobrepeso.

Pessoas que sofrem de **bulimia nervosa** costumam apresentar os seguintes comportamentos:

Ingerem grandes quantidades de alimentos em período limitado de tempo.

Possuem sentimento de descontrole sobre o comportamento alimentar durante o episódio bulímico.

Provocam a eliminação do excesso de calorias ingeridas através de jejuns prolongados, vômitos auto-induzidos, uso de laxantes, diuréticos, enemas ou através da prática obsessiva de atividade física.

Apresentam medo mórbido de engordar.

**O Transtorno do Comportamento Alimentar Periódico** (TCAP) caracteriza-se pela ingestão de grande quantidade de alimento em curtos intervalos de tempo. Em um episódio de compulsão uma pessoa pode chegar a ingerir cerca de 6000kcal (TEIXEIRA, 2003).

O TCAP assemelha-se à bulimia nervosa, porém, as pessoas afetadas não provocam a eliminação forçada dos alimentos ingeridos ou a aplicação de métodos purgativos, como também não apresentam preocupação mórbida com o peso corporal. Os portadores desse tipo de transtorno são obesos e, na maioria das vezes, apresentam obesidade de maior gravidade.

**Os Transtornos Alimentares Não Especificados** são transtornos que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno alimentar específico. Alguns exemplos citados no DSM IV (1995) e CID 10 (1993):

Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para anorexia nervosa, exceto que as menstruações são regulares.

Uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimentos (por exemplo, vômito auto-induzido após o consumo de dois biscoitos).

Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.



## 2. COMPORTAMENTO DIETANTE E TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Nem todas as pessoas que fazem dieta desenvolvem um transtorno do comer, porém, diferentes pesquisas realizadas em diferentes países apontam para o seguinte:

Adolescentes do sexo feminino que realizaram dieta severa têm dezoito vezes mais chances de desenvolver TCAs em relação àquelas que não fizeram dietas e as que realizaram uma dieta moderada tiveram cinco vezes mais chances. Os pesquisadores ainda concluíram que o comportamento dietante é o mais importante preditor para o desenvolvimento de TCAs (ANDRADE, 2000, p. 22).

Existe hoje uma tendência crescente de se iniciar dietas numa faixa cada vez mais jovem. O artigo intitulado: “Os falsos gordos: muitos adolescentes aderem às dietas mesmo sem ter problemas de peso”, publicado pela Revista Veja (OLIVEIRA, 2000), fala da pesquisa realizada com 588 estudantes de São Paulo, com idade entre 11 e 18 anos, nas diversas faixas de renda. A grande maioria desses adolescentes disse já ter feito algum tipo de dieta e ter praticado exercícios com o objetivo de emagrecer. Há casos em que tomaram remédios sem conhecimento dos pais, experimentaram laxantes e diuréticos ou induziram o vômito, com o propósito de redução de peso corporal. Adolescentes que se submetem a dietas frequentes têm cinco vezes mais chances de se tornarem adultos com sobrepeso.

Para ressaltar um pouco mais os riscos da conduta dietante tomamos de empréstimo um estudo clássico apresentado por Herscovici e Bay (1997), realizado na década de 50 pela Universidade de Minnesota, que teve como objetivo estudar as consequências psicofisiológicas da fome em pessoas inicialmente saudáveis e emocionalmente estáveis. Trinta e seis militares se voluntariaram para esta experiência. Esses voluntários foram submetidos a uma dieta restritiva prolongada em que a ingestão calórica foi reduzida à metade (prática comum entre mulheres que querem emagrecer rápido).

Observaram-se as seguintes mudanças no comportamento desses voluntários, após terem perdido 25% de seu peso corporal:

Estavam cada vez mais preocupados com comida e o comer.

Colecionaram receitas e livros de culinária.

Desenvolveram hábitos novos na ingestão de alimentos, como por exemplo, demorar mais tempo para comer quantidades pequenas de alimentos.

Utilizavam um tempo desmedido em planejar suas refeições.

Bebiam mais chá, café e outros líquidos.

Mastigavam mais chicletes.

Aumentaram o consumo de cigarros.

Alguns faziam combinações estranhas de alimentos, por exemplo: espinafre com mel, macarrão com maçã, etc.

Sonhavam frequentemente com alimentos coloridos e saborosos.

Apresentaram também, durante o período da experiência, distúrbios psicológicos importantes devidos à desnutrição, tendo todos os participantes desenvolvido distintos graus de irritabilidade, depressão, indecisão, ansiedade, isolamento social, labilidade de humor, dificuldade em fixar a atenção, dificuldade em concentrar-se, pensamento obsessivo, condutas compulsivas, insônia, perda do interesse sexual.

Durante o período de dieta alguns deles apresentaram episódios de bulimia, com auto-recriminação posterior. Os comportamentos anormais observados nesses voluntários foram atribuídos exclusivamente aos efeitos da inanição (HERSCOVICI, 1997; HERSCOVICI; BAY, 1997).

Esses voluntários tiveram algumas dificuldades em restabelecer o peso e o comportamento normal diante da alimentação.

Alguns comiam continuamente e outros referiam fome intensa, imediatamente depois de terem terminado uma refeição abundante, motivo pelo qual ingeriam refeições em diversos momentos do dia, totalizando 5000 ou 6000 calorias diárias (HERSCOVICI; BAY, 1997, p. 131)

Os resultados dessa pesquisa evidenciam as consequências deletérias da prática de dietas restritivas por tempo prolongado.

Muitas pessoas sem dar atenção especial à sua alimentação, mas ingerindo o que seu apetite solicita, mantêm o peso corporal estável durante muitos anos, pois o organismo tende a manter um peso fisiologicamente determinado, denominado *set point* ou peso fixo (MYERS, 1999).

O balanço de energia no ser humano depende da ingestão de calorias e do gasto energético produzido por funções vitais, atividade física e crescimento. Quando o consumo calórico é superior ao gasto, o excedente pode se depositar no corpo como tecido adiposo (reserva energética). Para manter a homeostase corporal e o peso fixo, o organismo lança mão de mecanismo metabólicos reguladores.

Pesquisas com animais demonstraram que o organismo adapta seu gasto calórico, e regula o apetite de acordo com os alguns princípios: quando o peso cai abaixo do normal, pressões biológicas entram em ação para restaurar o peso perdido, a fome aumenta e o dispêndio de energia diminui. Quando o peso aumenta, a fome diminui e o dispêndio de energia aumenta. Assim como nos animais, nosso organismo regula o peso da mesma forma, ou seja, controle do consumo de alimentos e dispêndio de energia. Muitas pessoas têm dificuldades para baixar de peso, ou para manter um peso menor que o habitual, devido à tendência que o organismo tem em manter o peso fixo.

A pressão biológica por alimento, decorrente do estado de inanição, pode ser uma das explicações do por que anoréxicas e bulímicas sentem fome extrema e se entregam a comportamentos do comer compulsivo, dos quais se arrependem posteriormente.

### **3. FATORES SOCIAIS PREDISPOANTES AO APARECIMENTO DOS TCAs**

Sem dúvida, algo vem ocorrendo na sociedade para precipitar o avanço do comportamento dietante e, em consequência, dos TCAs e seus precursores.

Bosi (citado por ANDRADE (2000), introduz os conceitos de “contágio psicológico” e de “epidemia silenciosa” para designar a febre coletiva por dieta e por magreza que atinge tantas mulheres atualmente em nossa sociedade.

A mulher de hoje vive sob verdadeira imposição social, traduzida nos padrões culturais e da moda. A mulher deve ser bela e atraente, a sociedade assim o exige.

Dos anos 60 para cá, a auto-estima da mulher foi cada vez mais associada à aparência física, e dos anos 70 em diante, houve um aumento do ideal de magreza. Um corpo magro passou a representar beleza, saúde e autovalor. Assim, as mulheres procuram cada vez mais se adequar a estes padrões de beleza, para se tornarem fisicamente atraentes e para serem socialmente aceitas. Enquanto isso, os padrões de beleza foram ficando cada vez mais rígidos. Conforme aponta Wolf:

Há uma geração, a modelo média pesava 8% a menos do que a mulher americana média, enquanto hoje ela pesa 23% a menos do que a média... o peso da Miss América caiu acentuadamente, e o peso médio das garotas da Playboy desceu de 11% abaixo da média nacional de 1970 para 17% abaixo dela em oito anos (1992, p. 244).

Não é novidade afirmar que se vive hoje uma supervalorização da imagem, onde parecer é mais importante que ser. Porém, vale ressaltar a exaustiva exploração da imagem do

corpo físico pela *mídia*, com vistas ao esforço de padronização corporal. Ressalte-se como exemplo o número de revistas sobre os temas alimentação e beleza direcionadas ao público feminino.

Para Amorim (2001), a mídia hoje é o instrumento de maior alcance e normatização social que se impõe de forma sutil aos olhos dos desatentos.

Segundo autoras feministas como Naomi Wolf, o excessivo investimento no corpo físico fomentado pelos diferentes meios de comunicação e alguns setores sociais, tem por objetivo a dominação, aprisionando a mulher aos limites do seu corpo físico. Tal dominação é proposta e viabilizada pela imposição da busca de um padrão corporal que deve servir de modelo e meta às mulheres. O não enquadramento ao modelo imposto provoca um “mal-estar” generalizado e tem como saldo o preconceito e a discriminação às mulheres cuja forma corporal foge aos padrões propostos (AMORIM, 2001; WOLF, 1992).

Hoje, a grande maioria das mulheres está insatisfeita com seu corpo mesmo quando apresentam peso ideal à altura e idade. Essa afirmação pode ser confirmada por pesquisa recém realizada pelo Hospital das Clínicas de São Paulo que observou que entre as 200 mulheres entrevistadas, 33% das que estavam dentro do peso normal sentiam-se gordas e queriam emagrecer (OLIVEIRA, 2000).

Também na pesquisa de base populacional, realizada por Nunes et al. (2001), mais de dois terços das mulheres com IMC (índice de massa corporal) normal gostariam de pesar menos ou sentem-se gordas.

Desta forma, as mulheres têm se submetido a toda gama de esforços a fim de fugir ou evitar os sentimentos de insegurança, baixa auto-estima, angústia, ansiedade, depressão e problemas nas relações profissionais e afetivas, gerados pelos apelos em prol da beleza física.

Feministas afirmam que as imagens de beleza impostas pela sociedade são armas usadas contra as mulheres.

Quanto mais numerosos foram os obstáculos legais e materiais vencidos pelas mulheres, mais rígidas, pesadas e cruéis foram as imagens da beleza feminina a nós impostas (WOLF, 1992, p. 11).

Para a feminista, o mito da beleza pode destruir psicologicamente uma mulher, independente de cor, idade, escolaridade e nível sócio-econômico, tamanha a abrangência da adoção aos modelos corporais propostos na atualidade. Para ela, o mito da beleza que tem hoje como pontos centrais a questão da magreza e a obsessão com o peso corporal, é decisivo para a promoção do afastamento das mulheres da luta por um novo papel social. Ela afirma ainda que essas são estratégias para aplacar o apetite da mulher por independência, gratificação sexual e conquistas no plano intelectual.

Será por acaso que a partir dos anos sessenta o padrão de corpo ideal feminino venha se constituindo em uma silhueta magra? Interessante notar que nessa mesma época as mulheres estavam recém-liberadas da reclusão do lar e da gravidez compulsória, graças à pílula anticoncepcional que lhes permitiu um certo controle sobre o corpo e sua sexualidade.

Para Naomi Wolf (1992), as mulheres são refreadas nas suas pretensões de ocuparem em maior escala as esferas públicas, na medida em que sucumbem e/ou se submetem ao rígido padrão estético que lhes vem sendo imposto desde os anos sessenta.

Vale perguntar: que consequências traz à vida das mulheres a excessiva preocupação em se manterem magras e atraentes?

Susan Bordo, ao começar seus estudos sobre as questões do corpo feminino, realizou uma pesquisa cujo objetivo central era conhecer “a maior preocupação do mundo para as mulheres”. Das 500 mulheres entrevistadas, cerca de 50% respondeu que sua maior preocupação era não engordar (apud CASOTTI, 2000). Isso significa que questões filosóficas, existenciais, intelectuais, científicas e mesmo culturais ficaram em segundo plano para essas mulheres.

Todos sabemos que para alcançar uma imagem ideal de corpo a mulher deverá investir tempo, dinheiro, energia, em muitos casos dividindo esforço e atenção à realização de ações de cunho intelectual e profissional.

Amorin (2001) defende a idéia de que esta excessiva preocupação do brasileiro com o corpo físico constitua uma corpolatria.

Herscovici (1997) afirma que em locais onde o corpo magro não é ideal de beleza os transtornos alimentares não são estatisticamente significativos, como é o caso da Índia. Mesmo que boa parte da população deste país sofra de privação de alimentos, pois muitas mulheres conseguem ingerir apenas metade das calorias de que necessitam, os casos de transtorno são inexpressivos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O transtorno do comportamento alimentar é composto por doenças de base afetivo-emocional que provocam alterações patológicas nos hábitos de alimentação e no controle de peso corporal, acompanhadas de distorções da imagem corporal, comumente apresentadas por pessoas portadoras dessas enfermidades.

A doença afeta principalmente as mulheres adolescentes e adultas jovens, independente de classe social ou nível sociocultural. Os transtornos do comportamento alimentar também ocorrem em homens e em mulheres de meia-idade, mas com frequência menor.

Entre todos os tipos de transtornos mentais, os TCAs são responsáveis pelos maiores índices de mortalidade: quase 20% dos portadores morrem em decorrência de complicações orgânicas provocadas pela doença (ANDRADE, 2000; SBPC, 1993).

Na busca de alcançar rígidos padrões de beleza as mulheres têm se lançado à prática dos mais variados tipos de dietas para o emagrecimento, além disso, existe hoje uma tendência

crescente de se iniciar dietas numa faixa etária cada vez mais jovem. Como foi apontado pela bibliografia pesquisada, o comportamento dietante é o mais importante preditor para o desenvolvimento de TCAs.

Associadas à gravidade da doença somam-se as dificuldades no cuidado aos enfermos. Os pacientes com anorexia nervosa e bulimia são resistentes ao tratamento, configurando-se essas doenças como um quadro de difícil controle e reversão. Os anoréxicos, especialmente, recusam-se a admitir que estão doentes e absolutamente não procuram ajuda. Sendo assim, a prevenção ainda é a melhor conduta, principalmente ao se considerar as dificuldades apontadas na recuperação dos pacientes e a exigência de uma abordagem interdisciplinar ampla e demorada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, R. F. **O império da magreza:** o imaginário do corpo feminino na pós-modernidade. Fortaleza, 2001. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de sociologia. Universidade Federal do Ceará.

ANDRADE, A. **Para além dos sintomas:** a trilogia do desamparo no vivido de mulheres com transtornos do comportamento alimentar. Fortaleza, 2000. Tese (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/obesidade>>. Acesso em: 20 out. 2007.

CASOTTI, Leticia M. **Comportamento do consumidor de alimentos:** um estudo de hábitos e percepções no rio de janeiro. Rio de Janeiro, 2000. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). COPPE / UFRJ.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CORDAS, Taki. Transtornos alimentares em discussão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 4, n. 23, p. 1-14, dez. 2001.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição:** nutrição clínica no adulto. São Paulo: Unifesp; Manole, 2002.

DSM IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 4. ed. [S. l.: s. n.], 1995.



HERSCOVICI, C. R. **A escravidão das dietas**: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares. Porto Alegre: artes médicas, 1997.

HERSCOVICI, C. R.; BAY, L. **Anorexia nervosa e bulimia**: ameaças a autonomia. Porto Alegre: artes médicas, 1997.

MATOS, A. F. G.; BAHIA, L. Tratamento médico da obesidade. In: NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MYERS, D. **Introdução à psicologia geral**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

NUNES, M. A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 1, n. 23, p. 1-14, mar. 2001.

OLIVEIRA, Fábio; NUNES, Ângela. Os falsos gordos: muitos adolescentes aderem às dietas mesmo sem ter problemas de peso. **Veja**, São Paulo: Editora Abril, p. 152, 13 dez. 2000.

SBPC. Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica. **Transtornos alimentares**: a década do cérebro. Cartilha do Programa de Educação Sanitária, Ribeirão Preto, 1993.

SCARSELLA, C.; DESPRÉS, J. P. Tratamiento de la obesidad: necesidad de centrar la atención en los pacientes de alto riesgo caracterizados por la obesidad abdominal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. S7-S19, 2003.

TEIXEIRA, Márcia. J. **Fome de vida**: vivências e percepções de mulheres obesas portadoras do transtorno da compulsão alimentar periódica, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). NESC/UFRJ. Rio de Janeiro.

WOLF, N. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

